

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE **194** No

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Daniel ELKANA

Né le 10 Janvier 1901, à Jaffa (Palestine)

CONTRIBUTION

à

**l'Étude Critique du Drainage
A LA MIKULICZ**

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

194

CONTRIBUTION
A L'ETUDE CRITIQUE DU DRAINAGE
A LA MIKULICZ

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Daniel ELKANA

Né le 10 Janvier 1901, à Jaffa (Palestine)

CONTRIBUTION

à

l'Étude Critique du Drainage

A LA MIKULICZ

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale	ROGER.
Chimie organique et chimie générale.....	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SICARD.
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale.....	PRENANT.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale.....	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIER.
	RATHERY.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.]
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIÈRE.
—	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RICHET Fils... Physiologie.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 TANON..... Pathologie médicale.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUYRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEREBoullet.. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

A ma Mère,

*Faible témoignage de ma très vive
affection et de ma profonde reconnais-
sance.*

A mes Sœurs et à mes Frères

A ma Famille

A mes Amis

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur J. L. FAURE,

Chirurgien de l'Hôpital Broca, Membre de l'Académie
de Médecine, Commandeur de la Légion d'honneur.

*Avec toute notre gratitude pour
l'honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.*

A mon Maître et inspirateur :

M. le Docteur A. BAUMGARTNER,

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

Avec ma reconnaissance infinie.

A M. le Professeur H. HARTMANN
mon premier initiateur en pathologie chirurgicale

A tous mes Maîtres

INTRODUCTION

Depuis le jour qui précisa en notre esprit d'étudiant la notion de la thèse comme d'un travail à accomplir par les efforts presque personnels de celui qui le fait et qui doit être l'expression des facultés de pensée médicale qu'il a acquises au cours de ses études et par le contact quotidien avec ses maîtres, avec leur parole et leur pensée, — depuis ce jour nous n'avons pas cessé de considérer la thèse comme devant être aussi un mode d'expression de la reconnaissance, de l'hommage à ceux qui tâchent de nous donner le meilleur de leur science.

Et celui qui, jusqu'à hier encore, était l'étudiant exposé aux petites rancunes qu'un échec fait naître et qu'un succès efface, sent aujourd'hui une plénitude nouvelle gonfler son être qui deviendra plus tard sa valeur de médecin.

Pour prouver à nous-même d'abord, à ceux qui auront à juger ce travail ensuite, que la reconnaissance et la nouvelle sensation ne sont pas des produits gratuits de l'esprit, — c'est pour le prouver que nous avons accepté avec empressement le sujet de notre thèse que le D^r Baumgartner nous a proposé.

Car la question du « Mikulicz » en particulier et celle du drainage en général, ont une grande valeur, nous dirons volontiers une valeur historique, marquant, comme elles le font et comme elles le feront surtout, une nouvelle époque dans l'histoire de la chirurgie.

On la juge comme réaction parce qu'elle semble nous faire faire un pas en arrière — c'est injuste, car on appelle réaction un pas en arrière fait inutilement, qu'aucun besoin ne le réclame, sauf peut-être celui qui naît d'une dégénérescence d'un ordre quelconque. Or le « Mikulicz » tout spécialement, s'il n'a pas encore fait ses preuves pour tout le monde, ne tardera pas d'en faire la démonstration.

Il n'est pas, d'autre part, l'ennemi de ce que ses adversaires appellent très justement un progrès. Il n'a pour mission, à notre avis, que de faire régler mieux l'emploi des nouveaux procédés chirurgicaux qui l'avaient supplanté injustement. Ces procédés ne sont pas entachés de défauts ni ne méritent leur appellation de progrès de la technique chirurgicale que parce qu'ils sont les derniers venus, — mais le meilleur des chirurgiens n'est qu'un homme et le savant, quoiqu'il dise, quoiqu'il fasse, ne parviendra jamais à estomper les traits de sa personnalité individuelle, — et comme il arrive toujours à un homme le nouveau avec ses succès deviennent une nouvelle religion à laquelle on sacrifie, la joie au cœur, les anciens idoles.

N'est-ce pas un pas vers la Vérité que le chirurgien a fait en se donnant corps et âme aux nouveaux procédés ? Pourquoi donc s'alourdir du ballaste du passé ? Aux ar-

chives donc le « Mikulicz », le meilleur des tampon-drains !

Mais s'il y a, en chirurgie abdominale, bien des cas où il n'y a rien à drainer, les cas qui réclament un drainage parfait ne sont pas devenus pour cela une minorité écrasée. Et ceux qui défendent l'emploi du « Mikulicz » en le réhabilitant, ne le font pas par caprice, mais bien parce que la danse joyeuse sur le chemin glorieux de la Vérité et du Progrès s'était trouvée alourdie de plusieurs décès du fait même de l'extension, illimitée presque, qu'on a voulu donner à l'usage des procédés de Terrier et de Chaput. C'est un besoin juste et sain que de vouloir épargner quelque peu à la Mort la joie sombre de sa victoire ! L'« état d'esprit », qu'un besoin pareil fait naître, n'est pas de la réaction et n'est, surtout, certainement pas un reproche comme le fait et comme peut l'être tout autre « état d'esprit ».

La question du « Mikulicz » est une question d'avenir et un seul nuage nous obscurcit le plaisir d'y avoir contribué — c'est de n'avoir pas été à même de le faire avec des meilleurs armes et, par conséquent, avec plus de force.

Ce travail, ce plaisir, nous le devons à notre maître le D^r Baumgartner qui voudra bien recevoir ici l'expression de nos chaleureux remerciements.



Contribution à l'Étude critique du Drainage

A LA MIKULICZ

L'asepsie et la perfection à laquelle est arrivée la technique opératoire ont eu pour effet la précipitation des chirurgiens sur la cavité péritonéale qui, jusque-là, restait leur ennemie irréductible et ne leur réservait que le deuil des malades perdus. Aussi n'ont-ils pas manqué de prendre leur revanche. La chute vertigineuse de la mortalité opératoire, pour plusieurs affections chirurgicales de l'abdomen, qui a passé de plus 50 % à 6 % et même à un chiffre qui lui est inférieur, leur a fait oublier les misères d'il y a cinquante ans.

Mais il est écrit que le péché qui survivra à tous les autres sera celui de l'excès.

Le chirurgien, voyant la cavité péritonéale s'ouvrir devant lui et offrir à son ardeur tous ses mystères, n'a pas pu résister à la tendance d'y installer sa domination en maître chez soi. Et, oubliant souvent l'éloge qu'il fait encore de ses aïeux, de leur juste sens pratique, de leur perspicacité qui s'était raffinée faute de connaissances, il lui arrive à dédaigner l'un des moyens de lutte contre l'infection abdominale post-opératoire qu'ils avaient préconisé. C'est de la question du drainage que nous faisons état en adressant aux chirurgiens ce reproche que nous croyons souvent juste.

On pourrait remonter bien loin dans l'histoire de la chirurgie si on voulait rencontrer le premier drain. Mais qu'il nous suffise de ne nous occuper ici que du drainage vraiment efficace — méthode dont les lois physiques s'étaient révélées aux chirurgiens qui l'appliquaient et l'appliquent systématiquement dans toute la réalité et l'entendue du bénéfice qu'il a pu et qu'il peut en tirer.

C'est à Hegar que revient l'honneur d'avoir compris le premier et utilisé la force aspiratrice que possède une substance légère et poreuse. La pression atmosphérique n'exerçant plus ici son action, le liquide ne trouvera pas d'obstacles pour imbiber la substance poreuse en envahissant chaque pore. Hegar s'était d'abord servi de l'ouate phéniquée qu'il abandonna par la suite pour la gaze iodiformée. Il renouvelait cette gaze plusieurs fois par jour.

Kehrer proposa, bientôt après, le coton stérilisé par des substances antiseptiques puis par l'autoclave dès que celui-ci fut inventé. Son exemple a été très suivi en Allemagne.

Sur l'instigation de Kocher et de Berman, le tamponnement des plaies par la gaze supplanta les mèches de coton. Et c'est Mikulicz qui, en 1886, en a fait, en le systématisant, une méthode de drainage qui porte encore son nom.

Pozzi en France, Feuger en Amérique, s'étaient fait les vulgarisateurs de cette méthode dans leurs pays respectifs ainsi que ses premiers défenseurs.

Le tampon-drain à la Mikulicz, porté de nos jours à un haut degré de perfection par le plus ardent de ses dé-

fenseurs, nous avons nommé le Professeur J.-L. Faure, se trouve à l'heure actuelle ainsi conçu. Il comprend :

1° Une pièce de gaze formant le sac, taillé en rond de 55 cent. de diamètre, au centre de laquelle est fixé un fil de soie.

2° Six mèches de gaze de 2 m. 25 de long et de 0 m. 05 de large.

3° Quatre compresses de 1 mètre sur 0 m. 60 repliées et cousues de manière à former des lanières de 1 mètre sur 0 m. 05 et terminées en biseau à une de leur extrémité et numérotées à l'autre de 1 à 4.

Le Professeur J.-L. Faure conseille en outre de les imbi-ber de la vaseline blanche stérilisée fondue à la chaleur de l'autoclave. Un « Mikulicz gras » s'enlèverait plus facilement. Mais la substance grasse ne fait-elle pas quelque obstacle au mécanisme du drainage en bouchant les pores ?

Nous nous proposons de parler plus loin de ce système, de ses avantages ainsi que des reproches qu'on lui fait.

Vers la même époque à laquelle le « Mikulicz » fit son entrée officielle en scène, le monde chirurgical se trouva doté d'un nouveau perfectionnement de sa technique opératoire. En effet, Terrier vient de montrer un moyen simple et radical (à ce qu'il pensait et à ce que pensent encore à l'heure actuelle bon nombre de ses élèves les plus fidèles) de préserver la grande cavité péritonéale de l'infection partie du bassin. Il consistait à recouvrir, à l'aide de la séreuse voisine, les « espaces morts » dépourvus de péritoine qui a été enlevé avec les organes malades. C'était là, semblait-il, la manière la plus efficace et non entachée

de divers méfaits imputés à toute autre méthode d'isolement de la grande cavité séreuse abdominale.

C'était aussi, avons-nous dit, un perfectionnement de technique — donc une satisfaction, bien plus, une fierté, bien justifiée d'ailleurs — pour les chirurgiens dont les esprits gardaient vivantes encore les meurtrissures des échec sans nombre. L'épouvante qui glaçait ou faisait battre violemment le cœur, céda sa place à la belle assurance de la minutie artistique avec laquelle un chirurgien qui se connaît habile maniera dorénavant la bête qu'il a domptée.

Rien qui pourrait leur rappeler le passé sans gloire ne devait plus troubler le désir triomphant de vaincre la maladie, sinon la mort, par les moyens que seul l'esprit, engagé dans une nouvelle direction et perfectionné pour ainsi dire lui aussi, avait le droit de leur fournir.

Or le drainage, c'est du passé, le grand drainage, le drainage systématique. En outre, on n'a pas l'impression d'avoir terminé l'opération en quittant le malade dont le ventre reste ouvert. La lutte contre l'infection qu'on confie à un système de drainage, aussi parfait soit-il, pour seconder l'organisme, échappe d'autant au contrôle personnel comme si on l'avait confié au hasard. En question de victoire sur l'infection, seul l'organisme peut se vanter de ne pas engendrer toujours un sentiment de jalousie, de dépit presque, quand cette victoire a été assurée par autre chose que le chirurgien ou l'organisme lui-même.

On ne peut pas tirer une autre conclusion de l'état psychique du chirurgien à l'heure actuelle (et nous par-

lons de ceux qui, par leur grande habileté et leur grande maîtrise, ont acquis le droit d'en avoir un) quand on constate que sur 700 cas opératoires que nous rapportons dans la statistique du Dr Baumgartner, 75 % d'interventions sur les organes génitaux internes de la femme pour des affections de toutes les gravités, depuis la résection partielle et ignipuncture des ovaires jusqu'au Wertheim, ont été terminées par l'hémostase, la péritonisation et sans drainage avec 2,6 % de mortalité.

Et si nous nous permettons de superposer l'état d'esprit aux chiffres et aux faits, c'est parce que nous considérons comme absolument inexacte la tendance à les séparer. Elle aurait pu être juste, ou à peu près, si on ne devait pas tirer de ces chiffres et faits les conclusions qui dirigeront un acte lourd de responsabilité. Or dès que celle-ci entre en jeu, on risquerait de friser la naïveté si on s'attachait encore à prouver l'impartialité.

Ceci dit, revenons pourtant aux chiffres.

En retranchant de 75 % que nous avons mentionnés plus de 60 % de cas presque bénins, non compliqués d'une infection aigue et suppurée, comme se trouvent être l'ovarite séro-kystique, le kyste de l'ovaire, le fibrome et la grossesse ectopique, il nous restera un peu moins de 15 % de cas de maladies graves qui ont pris leur part écrasante dans le pourcentage, pourtant faible, de la mortalité.

Auraient-ils pu à coup sûr bénéficier d'un drainage et voir tomber plus bas encore le pourcentage des morts ? Voici la question qui nous intéresse et que nous tâcherons

de résoudre, s'il nous sera possible, en nous aidant de renseignements que nous fournit la statistique.

Nous nous permettons de faire la part du péritoine dans cette question de péritonisation après hémostase soignée et du drainage. Car il est certainement utile de connaître les moyens dont le péritoine dispose pour se défendre contre l'infection et d'étudier les conditions dans lesquelles ces moyens augmentent ou, au contraire, diminuent.

Comme toute séreuse, le péritoine est capable d'absorber les liquides qui se trouvent dans sa cavité ainsi que les particules solides. Les premiers pénètrent dans le torrent circulatoire, tandis que les derniers s'en vont par les lymphatiques où ils sont digérés par les leucocytes. Cette absorption se ferait par osmose. Un double courant s'établirait entre la circulation sanguine et la cavité péritonéale, le courant péritonéo-vasculaire n'étant autre chose que les liquides péritonéaux dilués par le sérum sanguin et neutralisés chimiquement par lui. Le double courant serait lui-même engendré par la pression positive intrapéritonéale qui augmente à l'inspiration pour diminuer à l'expiration. Il est dès lors facile à concevoir que l'ouverture de la cavité séreuse et son maintien ouverte aura pour effet d'annuler cette pression et diminuer par cela même le pouvoir absorbant de la séreuse.

Le pouvoir absorbant n'est pas, d'autre part, uniformément intense aux divers points de la séreuse abdominale. Il est le plus marqué au niveau de la séreuse diaphragmatique, puis vient celui des épiploons, du péritoine iléo-

pelvien, du mésentère, du méso-colon, du méso-rectum enfin.

La seconde propriété de défense du péritoine est l'exsudation. Celle-ci se fait sous l'influence de toutes les excitations : thermiques, mécaniques et inflammatoires. Le liquide d'exsudation aurait de fortes propriétés bactéricides d'après Mikulicz et von Kauch. Les cellules péritonéales desquamées auraient la propriété de détruire les germes pathogènes à l'exception toutefois des microbes pyogènes. Il est de règle de trouver ces cellules avec des leucocytes sur la gaze du Mikulicz et cela serait une erreur que de considérer cette desquamation comme l'expression de la souffrance péritonéale. Cette desquamation, qu'on rencontre au niveau d'autres séreuses enflammées ou simplement irritées, ne peut avoir qu'une seule signification : la défense.

Un corps étranger, introduit dans la cavité péritonéale, provoque une courte phase de leucopenie surtout polynucléaire et qui coïncide avec une vaso-dilatation très marquée. Puis survient une phase de leucocytose très intense portant sur toutes les variétés de mononucléaires, sur les polynucléaires neutrophiles et basophiles. La polynucléose éosinophile serait particulièrement marquée d'après certains auteurs (Le Play et Fabre).

Finalement les adhérences s'élaborent. Wegner les a vues déjà formées, et d'une solidité qui ne paraît pas être très grande au début, une heure après l'injection d'une culture modérément virulente dans le péritoine, d'un lapin.

Le péritoine forme enfin des replis et des poches qui,

s'ils donnent parfois beaucoup de peine au chirurgien qui voudrait les nettoyer, créent pourtant des conditions heureuses pour la constitution facile d'adhérences qui limitent, en localisant, l'infection et l'isolent du reste de la cavité péritonéale.

Ajoutons que le péritoine repose sur un tissu cellulaire dont l'infection est autrement menaçante et que le chirurgien ne peut pas perdre de vue quand il péritonise après une intervention sur un organe très enflammé, qu'il soit pelvien ou abdominal.

La barrière péritonéale qu'il se propose d'établir entre le foyer d'infection et le contenu de la grande cavité séreuse sera bien aléatoire si, en deçà de la barrière, les microbes continuent à pulluler dans un véritable vase clos, mettant en danger la perfection de l'hémostase, ce qui augmenterait les chances d'une réelle culture virulente.

Le cloisonnement du bassin, inventé par Chaput, à l'aide du méso-colon pelvien fixé transversalement au-dessous de la masse intestinale, a pour but l'établissement de la même barrière et n'est pas exempt du même inconvénient. C'est une barrière bien faible devant le danger d'une cellulite pelvienne.

Mais en dehors d'une infection intense, en dehors d'une cellulite ou d'une menace seulement de cellulite, cette barrière exclue d'emblée la grande cavité péritonéale de la région infectée et empêche la production de liquides nocifs dans le péritoine et leur absorption qui pourrait être fâcheuse pour les suites opératoires.

Cela va bien mais à une condition — et ici commencent les points faibles de cette méthode sans drainage — que

la péritonisation ne soit pas elle-même faite avec du péritoine malade ou simplement irrité par le voisinage d'un foyer d'infection. Malade, il deviendra peut-être lui-même la source d'une infection mortelle ou d'une hémorragie péritonéale par la disjonction des sutures vasculaires qu'elle provoquera.

Les cas d'hémorragie péritonéale avec le concours de ceux qui, le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, se sont terminés par une ascension brusque de la température à 41° ou à 42° — tous n'étant pas des cas les plus graves — indiquent nettement que l'infection, partie du péritoine malade ou simplement irrité à l'aide duquel on avait péritonisé les « espaces morts », n'est pas une simple vue d'esprit. Et il n'est pas tout à fait impossible que les cas qui se sont terminés par un shok néfaste pour la malade, n'indiquent, quoique moins nettement, l'existence non problématique de cette cause.

Réservant une part respectable à l'état des tuniques vasculaires antérieur à l'opération et aux troubles dyscrasiques sanguins du fait même de l'infection pour laquelle on intervient, ou dépendant de toute autre cause, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'à part l'infection qui persiste au foyer opératoire, même après l'intervention, la péritonisation à l'aide d'une séreuse enflammée ou irritée ne soit pas étrangère tout à fait aux accidents d'embolie qui mettent une fin si lamentable au succès qu'on était en droit d'espérer d'une intervention conduite de la meilleure façon.

L'origine des fistules comprend également le processus de disjonction des sutures par l'infection laissée pour

compte dans le foyer opératoire — sutures qu'on a dû jeter sur l'intestin adhérent à l'organe enflammé et qui a été entamé lors de l'ablation de cet organe. Mais nous ne croyons pas trop absurde d'admettre la disjonction d'une suture faite sur un intestin déjà malade. L'infection post-opératoire pourrait, de cette façon, ne pas entrer toujours en ligne de compte. En tout cas, ce qui importe, c'est que les substances septiques intestinales, issues par la fistule, trouvent devant elles soit le péritoine irrité ou le foyer qui vient d'être à peine désinfecté.

Enfin la péritonisation n'est pas toujours facile à faire. L'habileté la plus grande demande souvent d'être doublée d'un temps dont la durée pourrait être néfaste pour une malade trop âgée ou trop infectée.

Nous croyons que nous avons vu tous les points faibles de la péritonisation et que nous pouvons aborder la question du « Mikulicz ».

C'est pour la troisième fois que le Professeur J.L. Faure revient à la charge, en 1926-27, en faveur du « Mikulicz » après être déjà intervenu en 1923 et en 1919 au sujet de cette question.

Dès son apparition dans l'arsenal chirurgical le « Mikulicz » rencontra des adversaires. En 1885, Boeckel, à Paris, dénonce énergiquement l'« erreur chirurgicale ». En 1919, Quenu et Tuffier préfèrent cloisonner le petit bassin. Le Professeur Delbet fait la moue devant la « grossièreté du Mikulicz » qui lui répugne. Mon Maître, le Professeur Hartmann, à qui je dois mes premières et les meilleures notions en pathologie chirurgicale, dans

son traité de Gynécologie opératoire, ne daigne presque pas en dire un mot. Il vient pourtant d'exprimer son avis, à la séance du 23 février 1927 de la Société Nationale de Chirurgie où il a déclaré nettement que l'emploi du « Mikulicz » ne peut nullement être envisagé dans les interventions abdominales et que seuls les surfaces cruentées pelviennes, avec péritonisation impossible, peuvent admettre la pose d'un « Mikulicz ». Il n'a eu qu'une fois, dans ces dix dernières années, l'occasion de l'employer.

Il paraît enfin qu'autour de ceux qui croyaient toujours et sincèrement à la supériorité du « Mikulicz » se sont concentrés plusieurs nouveaux adeptes de ce système de drainage. Nous comprenons les craintes du Professeur Lecène si, parmi ces derniers, se trouvent des chirurgiens dont le sort n'est pas la grande habileté chirurgicale.

QUELS SONT LES AVANTAGES DU « MIKULICZ » ?

1° C'est un système parfait de drainage capillaire. Le drain, entouré de mèches, n'est que le soupçon de ce système.

2° C'est un excellent tampon en cas d'un suintement sanguin profus.

3° Il isole, aussi bien que la péritonisation, la grande cavité péritonéale du foyer infecté et non moins bien que le procédé de Chaput.

4° Il empêche toute formation de vase clos et extériorise pour ainsi dire toute trace d'infection restée après l'intervention.

5° Il écarte le danger de la fistule en provoquant des

adhérences ou en recevant lui-même le contenu septique du tube digestif.

6° Il permet d'écourter la durée de l'intervention qui, trop longue, en compromettrait le succès.

QUELS SONT LES REPROCHES QU'ON LUI FAIT ?

1° *Il provoque et entretient la suppuration.*

Il est évident qu'étant un corps étranger vis-à-vis d'un milieu déjà enflammé ou simplement irrité, qu'en provoquant une exsudation qui ne peut rien contre les agents pyogènes, le « Mikulicz » aurait été vraiment un miracle s'il ne provoquait pas la suppuration. Il l'entretient, c'est réellement possible, mais en tenant l'abdomen ouvert, il annule la pression intra-péritonéale. La résorption des liquides septiques ne se fait donc pas, ou s'il elle se fait c'est d'une manière très faible, trop faible pour fournir à l'organisme, souvent déjà surmené, l'occasion d'un nouvel effort. Par contre le courant vasculo-péritonéal persiste et prévient toute septicémie, s'il n'est pas trop tard.

2° *Il provoque des éventrations.*

Sur 33 cas avec « Mikulicz » dans la statistique que nous apportons, tous terminés par la guérison, M. Baumgartner, qui ne pose un « Mikulicz » que quand le cas est extrêmement grave, n'a pas observé un seul cas d'éventration.

Et M. Auvray ne déclare-t-il pas nettement qu'on voit survenir les évetrations bien plus fréquemment avec un simple drain ?

Enfin, il nous semble probant de croire, en nous appuyant sur les travaux faits à ce sujet que nous avons consultés, ainsi que sur l'enseignement du D^r Baumgartner, que c'est une affaire de simple technique. Elle consiste à rétrécir convenablement l'orifice de l'ouverture abdominale autour de la base du cône que forme le « Mikulicz », ce rétrécissement ne devant pas aller jusqu'à empêcher le mécanisme du drainage. Il est évident que toutes ces précautions ne préviendront pas l'événement s'il existe, chez la malade, une prédisposition à faire cet accident comme se trouvent être l'obésité ou l'amaigrissement excessif.

3° Il provoque la formation des fistules.

Nous avons vu plus haut que le « Mikulicz » écarte le danger de la fistule — l'infection péritonéale et la septicémie — en détournant vers lui le flot septique intestinal. Il lui serait donc permis de provoquer la formation d'une fistule, qui n'est plus dangereuse, s'il en était vraiment l'auteur. Mais il est bien plus probable qu'en cas de fistule, comme nous l'avons déjà dit plus haut, c'est l'infection post-opératoire qui joue le rôle principal dans sa production et que le « Mikulicz » n'y entre que pour une bien faible part, à condition qu'on ne le retire pas trop tôt, ce qui ne va pas sans une déchirure des adhérences salutaires qu'il a provoquées.

Enfin on peut toujours essayer de séparer le sac de la ligne de suture avec l'épliploon ou d'une autre manière, comme le pratique le Professeur J.-L. Faure, qui isole du sac la masse intestinale en ramenant le tablier épiploïque

par dessus d'elle, afin qu'elle ne vienne pas se coller à la gaze.

4° *Il provoque des embolies.*

Nous avons devant nos yeux trois cas d'hystérectomie pour fibrome non compliqué avec péritonisation et hémostase parfaites, non drainés et qui se sont terminés par embolie mortelle. D'autre part, sur les 33 cas avec « Mikulicz » déjà cités, des cas extrêmement graves, nous le répétons, tous guéris sans même une embolie non mortelle. La mortalité opératoire des interventions pour fibrome non compliqué, d'après la statistique, est bien inférieure à 3 %. Il nous faudrait donc plus de cent cas extrêmement graves, auxquels on appliquerait un « Mikulicz » pour égaler la mortalité par embolie en cas de fibrome et pour que l'usage du « Mikulicz » ne soit pas inférieur aux procédés de la péritonisation et du cloisonnement du bassin.

Mais, délibérément, nous quittons la voie des démonstrations mathématiques pour rejeter sur l'infection la responsabilité la plus grande de cet accident post-opératoire quand il n'est pas le résultat d'un état pathologique des tuniques vasculaires ou d'une dyscrasie sanguine. L'infection aurait-elle de moindres facultés qu'un corps étranger drainant tel qu'un « Mikulicz » pour mobiliser un caillot déjà formé ?

5° *Il provoque des occlusions.*

Ce n'est pas impossible, comme il n'est aussi impossible de retrouver cet accident en cas d'interventions terminées sans drainage, pourvu qu'elles aient été tant soit

peu laborieuses à cause des adhérences inflammatoires. Il n'est enfin également impossible que d'autres mécanismes que les adhérences interviennent pour produire cet accident, mécanismes inconnus jusqu'aujourd'hui parce qu'ils n'ont pas réussi à donner le jour à des études approfondies et concluantes à ce sujet.

Mais, pour nous en tenir aux adhérences comme à l'unique cause indiscutable de l'occlusion intestinale post-opératoire, nous répétons ici ce que nous avons déjà dit plus haut au sujet des fistules. Pour éviter que ces adhérences ne provoquent l'occlusion — adhérences qui ne sont pas par conséquent les « bonnes » — il faut isoler le sac de la masse intestinale.

6° *Il est douloureux à enlever.*

Certes, quand on l'enlève trop tôt. Dans ces conditions même une mèche ne s'enlève pas plus facilement. Il suffit d'avoir la patience pendant 10 à 12 jours et l'indolence absolue en sera le couronnement. Le Professeur J.-L. Faure est trop compétent dans cette question, puisque c'est lui-même qui en a réglé la technique, pour qu'on ne lui fasse pas le plaisir de voir ce reproche mentionné pour la dernière fois.

*
* *

Peut-on conclure de tout ce qui précède qu'une confiance absolue doit être vouée au drainage à la Mikulicz et à son efficacité en lui octroyant tous les cas dans lesquels la péritonisation, après hémostase soignée, est jugée insuffisante ou seulement difficile ? Peut-on être certain

qu'il abaissera la mortalité des cas graves qui ont désespéré le chirurgien qui n'est pas absolument l'adepte du « Mikulicz » ?

Le brillant succès qui a couronné l'emploi étendu du « Mikulicz » entre les mains du Professeur J.-L. Faure tenterait à répondre par l'affirmative et avec enthousiasme si nous n'avions pas sous les yeux 37 cas dans lesquels on a fait usage du « Mikulicz » et sur lesquels nous comptons 4 morts — soit 10,8 % — même pourcentage ou presque que donnent d'autres chirurgiens pour les cas très graves et qui n'emploient pas le « Mikulicz » en ces cas.

Nous ne croyons, d'autre part, qu'on puisse reprocher au Dr Baumgartner le manque d'habitude ou la mauvaise technique en cas de pose d'un « Mikulicz », car celui-ci ne lui est pas étranger et ne le compte pas parmi ses adversaires qui, comme l'a formulé le Professeur J.-L. Faure, sont des adversaires du « Mikulicz » pour la bonne raison qu'ils l'ont rarement employé. Il faut avouer que 37 cas sur 700 ne trahissent pas non plus un emploi très fréquent, mais ne suffisent pas aussi de mettre en doute la bonne technique de celui qui les a employés.

Est-ce une série malheureuse ? Fort possible et nous croyons qu'il existe réellement des cas dans lesquels même le « Mikulicz » ne peut rien. La considération de la statistique nous permettra de revenir sur cette question un peu plus loin.

Et on est réellement troublé, quand on ne voit que les chiffres et les faits, en se trouvant devant une autre série de 31 cas non moins graves, terminés par un cloisonne-

ment du bassin suivi d'un drainage vaginal avec une mortalité nulle ? Une série heureuse ? Mais alors il y a des cas qui guérissent, malgré leur gravité, grâce à des circonstances qui ne comportent pas nécessairement la supériorité de telle ou telle autre technique chirurgicale ?

Voici enfin un tableau de chiffres qui paraît parler peu en faveur du « Mikulicz » :

21 cas d'annexite avec Mikulicz....	2 morts (9,5 %)
19 cas d'annexite avec cloisonnement du bassin et drain vaginal..	0 —
5 cas de cancer avec Mikulicz....	0 —
4 cas de cancer avec cloisonnement du bassin et drain vaginal.....	0 —
23 cas de cancer sans drainage....	1 — 4,3 %)

Qu'une de ces séries soit malheureuse ou qu'elle traduise la véritable valeur du « Mikulicz » dans les cas graves en ne considérant que les cas qu'il a pu sauver et qu'il aurait sauvé s'il était employé dans la série des derniers 23 cas sans drainage ; qu'une autre série fasse ressortir les résultats supérieurs qu'on a obtenu en employant la méthode de Chaput ou celle de Terrier, il est impossible, croyons-nous, de faire pencher l'un ou l'autre plateau de la balance si on veut qu'elle soit juste. Car il est impossible d'être exclusif en cette question de choix entre le « Mikulicz » et les procédés qui permettent la fermeture de l'abdomen sans drainage, à moins de vouloir, au prix d'une part d'erreur, conserver intact le domaine de chaque méthode.

Personne ne dispute plus au « Mikulicz » les cas graves dans lesquels la péritonisation est impossible et le cloi-

sonnement du bassin est trop incertain. Cela est vrai en cas d'annexite suppurée avec périannexite diffuse ou en cas de cancer qui, non seulement envahit un organe pelvien, mais aussi divers autres, formant ainsi une seule tumeur remplissant le bassin et adhérant parfois même au colon, à l'intestin grêle, etc. En ces cas, tout chirurgien cesse d'être compris s'il persiste à nier les avantages qui lui offre le « Mikulicz » même s'il ne se montre pas toujours efficace d'après certains chiffres et faits. Nous croyons que, dans ces cas, d'autres facteurs d'ordre général s'en mêlent et contre lesquels le drainage à la « Mikulicz » tout seul ne peut pas tout.

La partie la plus importante de cette question controversée est la suivante : comment fixer la limite entre les cas qui doivent appartenir aux procédés de Terrier et de Chaput et ceux qui relèvent du « Mikulicz » tout en s'éloignant de la mention « très graves » ?

S'il est vrai que péritoniser avec du péritoine malade c'est s'exposer peut-être à créer une nouvelle source d'infection qui s'ajouterait à celle d'après l'intervention, il serait alors juste de déclarer, comme relevant du « Mikulicz », tout cas dans lequel le péritoine est tant soit peu touché.

Mais la statistique portant sur des cas pareils, et ils sont nombreux, dénote franchement une mortalité très faible, sans compter qu'en admettant même l'intervention du bonheur pour certains cas et du malheur pour les autres, la statistique des cas graves terminés par un « sans drainage » comporte un pourcentage de mortalité

bien inférieur même à celui que, dans des conditions identiques, nous fournit le « Mikulicz ».

On est donc forcé de conclure que le fait même de péritoniser à l'aide du péritoine malade n'exclue pas toujours et même souvent, la possibilité d'une guérison parfaite. Ceci nous amène à l'idée que d'autres facteurs interviennent certainement et qui, en compromettant dans un cas le meilleur procédé opératoire ou, au contraire, en désarmant l'infection restante dès que la source principale a été enlevée, font que les chiffres et les faits, malgré leur grande éloquence, peuvent ne rien dire sans le concours de certaines précisions, sans lesquelles une statistique dressée ne peut pas être pleinement instructive et concluante.

Et, en premier lieu, il est indispensable d'établir une petite convention :

Appelle-t-on mort opératoire aussi celle qui survient même deux mois après l'intervention ou un mois seulement, le malade n'ayant pas quitté l'hôpital ? Quel est le délai de la survie post-opératoire pour que la mort puisse être appelée, sans hésitation, opératoire ?

Nous avouons que la statistique que nous rapportons ne répond pas, elle non plus, à ce principe. On peut y trouver des morts de plus d'un mois après l'intervention.

En second lieu les « urgences », qui excluent tout soin préopératoire et qui ont, pour le plus éloquent des sous-entendus, le mauvais état général, sont ceux qui préparent au chirurgien la surprise du shok ou d'une véritable panique de l'équilibre chimique humoral qui se traduit par une élévation de la température à 41° ou 42° le lendemain

ou le surlendemain de l'intervention, devant laquelle le chirurgien reste impuissant avec un douloureux et muet aveu : c'est moi qui l'ai tué !

Ces deux accidents étant fatals au malade, que pourra y faire le meilleur des « Mikulicz » posé avec la meilleure technique et par le meilleur des techniciens ? Tout autre procédé chirurgical y laissera sa plus belle assurance !

Nous croyons enfin que tous les chirurgiens s'entendent, à l'heure actuelle, sur la nécessité de « préparer » leurs malades qu'ils opéreront, non seulement en « refroidissant » leur infection locale, mais en tâchant d'améliorer leur état général par tous les moyens que la médecine met à leur disposition. Nous y croyons malgré que le reproche, qu'adresse le Professeur J.-L. Faure aux chirurgiens « qui attendent longtemps le refroidissement qui n'arrive pas toujours », nous donne matière à réfléchir. Très confiant en « Mikulicz » ne lui considère-t-il pas comme secondaires les soins préparatoires quand ils sont même quelque peu prolongés ?

Pour ne pas nous répéter en essayant de souligner l'importance des soins post-opératoires, nous nous bornerons à déclarer que nous croyons ferme que la première semaine après l'intervention doit être moins tragique quand on met en action tous les moyens qu'on possède, non seulement pour éteindre l'infection locale, mais aussi pour aider à l'organisme de se débarrasser de l'infection qui avait pu atteindre son milieu nutritif.

Nous n'avons qu'un mot à dire pour rappeler les injections continues de sérum pendant l'intervention dans les cas qui paraissent graves, dont le Professeur Lejars

se montre très satisfait, au point de vue des résultats et suites post-opératoires, dans son Traité de chirurgie d'urgence. C'est là une véritable sérothérapie préventive du shok, un moyen d'augmenter la coagulabilité sanguine, un aide qu'on apporte à l'organisme dans sa lutte contre l'infection et, enfin, en intensifiant le courant vasculo-péritonéal, une manière précieuse de seconder le « Mikulicz ».

N'ayant en notre possession ni faits ni chiffres pour appuyer notre opinion sur l'emploi du « Mikulicz » dans les interventions sur les organes abdominaux, nous nous bornerons à en exposer la conception que nous avons acquise au cours de nos études et en suivant avec intérêt la discussion à ce sujet qui vient d'être close à la Société Nationale de Chirurgie.

Il nous semble que ce qui avait été dit au sujet de l'emploi du « Mikulicz » dans les interventions sur les organes pelviens, puisse être appliqué également au « Mikulicz » dans l'abdomen. En effet, les organes abdominaux extra-péritoneaux ne diffèrent des organes pelviens qu'en leur situation topographique. En dehors de cela ils sont passibles des mêmes considérations que nous avons exposées quant aux organes pelviens. A savoir : les mêmes dangers d'infection, même procédé de péritonisation avec ses avantages et ses points faibles qui nous ramènent à la question de l'emploi du « Mikulicz » quand ils sont trop accentués et surtout quand il s'y ajoute la menace d'une cellulite.

Aussi la discussion ne s'était pas appesantie sur l'application du drainage à la Mikulicz après les interventions sur les organes abdominaux extra-péritonéaux et en

particulier sur le rein. Mais le feu de la discussion a flambé dès que le Professeur J.-L. Faure a voulu étendre l'emploi du « Mikulicz » aux interventions intra-péritonéales.

Ici la péritonisation ne joue plus son rôle aussi pleinement qu'elle le joue en cas d'infection pelvienne. Ce procédé n'a plus à protéger une grande cavité séreuse contre la menace d'une infection extra-péritonéale. Il peut encore en être question quand il s'agit de protéger un organe extra-péritonéal contre l'infection d'un organe intra-péritonéal voisin. Mais même en ce cas il importe incomparablement plus la sauvegarde de la grande cavité séreuse. Et nous croyons qu'en principe la loi suivante reste exacte :

Toutes les fois qu'après l'intervention reste quelque menace d'infection, le chirurgien ne doit pas refermer le ventre, sans demander un peu plus de sécurité à un drainage dans lequel il a toute sa confiance, de crainte d'avoir la main forcée de le rouvrir dans des conditions plus défectueuses encore.

Outrepasser à cette loi n'est permis que quand on est à peu près certain que l'organisme se trouvera, après l'opération, en état de juguler les restes de l'infection. Autrement le drainage est indispensable et nous en avons déjà exposé plus haut la raison.

Il restera alors une dernière question à régler. Tout le monde draine plus ou moins lorsque le cas à opérer comporte quelque gravité. Il est certain que le « Mikulicz » est le système de drainage le plus perfectionné et doit par conséquent, à notre avis, supplanter les mèches, le drain

simple ou avec mèches. Et nous nous permettons de souhaiter que, pendant la durée qui nous sépare du prochain Congrès de Chirurgie, où la question du « Mikulicz » sera peut-être définitivement réglée, les chirurgiens s'appliquent, par de véritables expériences, à fixer la valeur de chaque méthode de drainage.

*
* *

Ayant exposé ainsi nos considérations personnelles en ce qui concerne la question du « Mikulicz » et les procédés de Terrier et de Chaput, nous n'avons pas voulu terminer ce travail sans donner ici, pour ne pas paraître d'avoir du goût que pour les théories, la partie pratique — les préceptes que nous enseigne le Dr Baumgartner et sa conduite à suivre :

Mikulicz dans le cancer

Ce qui est à craindre dans le Wertheim qui comporte un délabrement considérable du tissu cellulaire du bassin, c'est l'infection de ce tissu par le contact avec les tissus septiques. C'est aussi le fait que, même sans contact, le tissu cellulaire lui-même peut être infecté par la lymphangite préopératoire. Tout dépend de l'extension et de la septicité du cancer. Il est certain qu'une préparation méthodique précédant l'opération et consistant en grattage, pansements, applications de radium, etc., peut diminuer d'une façon considérable la septicité du cas traité. De même au moment même de l'opération, le nettoyage à la teinture d'iode, la thermocautérisation ou l'air chaud

sur l'ulcération du col, sont indispensables pour éviter le contact septique au moment de la section du vagin.

Enfin au point de vue de la technique opératoire on peut commencer par inciser circulairement le vagin, au-dessous du néoplasme, et suturer après libération la tranche supérieure de l'incision. Ou bien on peut, au cours de l'hystérectomie par en haut, dénuder suffisamment bas la paroi externe du vagin pour pouvoir y placer les pinces coudées avant la section.

Si toutes ces précautions peuvent être prises et si, en plus, il s'agit d'un néoplasme au début, on peut faire une opération idéale sans drainage. S'il reste un petit suintement sanguin, si la péritonisation n'a pu être complète, il est bon d'instituer un drainage vaginal avec ou sans fermeture partielle du vagin.

Si, enfin, on a pu *craindre le moindre contact septique*, il est *indispensable de ne pas péritoniser* et de placer un « Mikulicz » abdominal bien supérieur au « Mikulicz » vaginal.

Mikulicz et Fibrome

Non compliqué, ne comporte évidemment aucun drainage. Lorsqu'on traite un fibrome par l'hystérectomie abdominale totale, contrairement à ce que nous faisons au début de notre pratique — suture partielle du vagin et drain vaginal sous la péritonisation complète, — y ayant renoncé, sauf exception rare, depuis longtemps — nous fermons le vagin après une désinfection soignée. Car l'hémostase de la tranche vaginale ne nous paraît pas comporter de difficulté particulière. Cette opération

ne comporte pas, d'autre part, d'hémorragie plus abondante que la subtotale.

Enfin il est bon, lorsqu'on fait la péritonisation, de faire une sorte de capitonnage du tissu cellulaire pelvien et de solidariser le péritoine avec le moignon vaginal pour supprimer l'« espace mort » qui résulte toujours d'une « totale » bien faite.

Quand le fibrome est compliqué d'annexite, c'est alors la question de l'infection qui prime tout. Nous en reparlerons à propos des annexites.

Mikulicz et Ovarite scléro-kystique

Cette intervention, qui comporte généralement la résection partielle des ovaires, les opérations plastiques sur les trompes et la ligamentopexie, est une opération aseptique ne nécessitant évidemment aucun drainage.

Mikulicz et Kyste de l'Ovaire

Pour la question du drainage dans le kyste de l'ovaire, tout dépend des adhérences contractées avec les organes voisins ou avec les parois du petit bassin, des végétations péritonéales qui quelquefois les compliquent, enfin de l'infection surajoutée tenant au kyste lui-même ou à une annexite concomitante.

Si l'opération a été conduite aseptiquement même avec un kyste infecté et si la péritonisation a pu se faire complètement, aucun drainage n'est nécessaire.

Si l'opération a été aseptique, mais s'il persiste un léger suintement sanguin au niveau d'adhérences ou de végétations qu'on a pu recouvrir de péritoine et dont le suin-

tement en nappe ne comporte pas la possibilité de l'hémostase, nous croyons qu'il est préférable de drainer. Evidemment le suintement sanglant s'arrêtera spontanément et le sang pourrait être résorbé. Mais nous estimons qu'il est préférable de l'évacuer — une infection si minime soit-elle peut devenir sérieuse en cas d'hématome.

D'autre part le drainage enlevé le lendemain ne présente aucun inconvénient. Nous mettons dans ce cas un drain Goldman qui comporte, comme on sait, quelques mèches à l'intérieur d'un tube de caoutchouc, le tout étant placé au fond du Douglas. L'avantage de ce drain sur le drain simple sans mèche est évident. En effet un drain simple n'évacue le liquide accumulé dans le fond du bassin que par le phénomène du trop plein. Il reste donc toujours une petite quantité de liquide stagnante au point declive du bassin. Au contraire les mèches du drain Goldman aspirent par capillarité le liquide au fur et à mesure qu'il se forme, et la cavité pelvienne reste toujours sèche. L'hémostase se fait spontanément au bout de quelques heures, et lorsque le drain est retiré le lendemain, toute stagnation de sang ou de sérosité a été supprimée.

Dans les kystes de l'ovaire volumineux ayant laissé des *nombreuses adhérences ou comportant une infection sérieuse* il est utile de recourir au « *Mikulicz* » abdominal. Le cloisonnement du bassin avec drainage vaginal n'est généralement pas possible dans ces conditions, les adhérences des volumineux kystes se prolongeant souvent au-

dessus du détroit supérieur et nécessitant par conséquent le drainage et le tamponnement par voie abdominale.

« Mikulicz » et l'*Inondation péritonéale dans la grossesse extra-utérine*

Il s'agit là d'une opération aseptique qui ne doit pas comporter le drainage quand on a pu facilement enlever le coté atteint et enfouir le pédicule sous le péritoine. Mais il est bon, avant de fermer le ventre, d'évacuer la plus grande partie du sang épanché dans l'abdomen en ayant soin de remettre l'opérée dans la position horizontale, puisque, dans la position de Trendelenburg, il s'était accumulé sous le diaphragme. Il est reconnu en effet que, dans certains cas, la résorption massive du sang entraîne des accidents toxiques.

Si on a pu évacuer le sang, on peut parfaitement laisser un drain Goldman dans le petit bassin qu'on enlèvera au bout de 24 heures. Dans les cas où la grossesse extra-utérine, avec hématoçèle ancienne, *se complique d'adhérences et laisse une surface cruentée qu'il serait trop long de péritoniser à cause de l'état grave de la malade, on sera conduit à y laisser un « Mikulicz ».*

« Mikulicz » et Tuberculose génitale

La tuberculose génitale comporte souvent la section d'adhérences dures et l'opération se termine alors d'une façon incomplète et particulièrement dans les formes étendues aux parois du petit bassin.

Malgré qu'en principe il ne faille pas drainer une lésion tuberculeuse, *on est par nécessité obligé de placer*

un « Mikulicz » si l'intestin est friable, s'il présente des lésions tuberculeuses qui n'ont pas pu être enlevées, enfin si la péritonisation des parois pelviennes n'a pu se faire.

« Mikulicz » et Annexites

C'est là la plus grande indication du drainage. Dans tous les cas graves, dans lesquels on trouve du pus, deux méthodes doivent être mises en parallèles : Le cloisonnement du bassin avec drainage vaginal et le « Mikulicz ».

Le cloisonnement du bassin est préférable. Il comporte une hystérectomie abdominale totale mais ne peut être institué que si les lésions sont limitées au petit bassin.

Le Mikulicz sera réservé aux opérations qui ne comportent pas d'hystérectomie totale et pour des lésions qui atteignent les fosses iliaques.

En résumé

1° Nous estimons que toute opération aseptique ayant comporté une péritonisation complète doit se terminer sans drainage.

2° Toute opération aseptique qui laisse un suintement sanguin, une péritonisation incomplète, ou ayant entraîné de très longues manœuvres, comporte un drainage restreint. Le meilleur mode de drainage dans ce cas est le drain Goldman plongeant dans le Douglas qui réalise le drainage par aspiration. On l'enlève au bout de 24 heures. La cicatrisation n'en sera aucunement gênée et, si on veut même considérer le point de vue esthétique, la cicatrice de l'orifice de ce drainage sera cachée dans les poils du pubis.

3° Toute opération d'une septicité très grande ou bien laissant de très larges zones de tissu cellulaire pelvien dénudé, ou bien des grandes surfaces péritonéales enflammées et saignantes, comporte soit le cloisonnement du bassin avec drainage et tamponnement vaginaux soit le « Mikulicz ». On préférera l'un ou l'autre, suivant le siège des lésions qui persistent et la nature de l'opération qui a été faite.

A part ce qui a trait au cloisonnement du bassin, on peut étendre ces réflexions à toute opération abdominale. Il est évident que le « Mikulicz » s'adressera aux interventions particulièrement graves » et en particulier aux interventions qui comportent la présence du pus, interventions souvent faites d'urgence.

Il est utile de spécifier que la possibilité de mettre un « Mikulicz » ne doit pas être un prétexte à une négligence quelconque de la technique chirurgicale. Toute opération doit être faite avec les soins les plus minutieux et rien ne doit être laissé au hasard. L'hémostase doit être poursuivi aussi loin que possible. La protection de la grande cavité contre le pus du foyer opératoire, l'assèchement du pus, l'usage d'antiseptique au niveau même du foyer purulent au cours de l'opération, doivent être utilisés avec soin.

Enfin la péritonisation doit être pratiquée dans la plus grande étendue possible. Ce n'est qu'après avoir fait l'opération dans ces conditions les meilleures que le « Mikulicz » sera appliqué s'il reste un doute quelconque sur la possibilité d'une hémorragie post-opératoire ou sur l'évolution d'une infection. Comme l'a dit le Professeur

Lecène : la pose d'un « Mikulicz » ne doit pas être un prétexte à mal faire, mais, inversement, on ne sacrifiera pas à l'élégance de la chirurgie idéale la possibilité d'une infection post-opératoire.

La statistique et les conclusions auxquelles elle donne droit

Elle porte, sur 700 cas opératoires dans lesquels on est intervenu sur les organes génitaux internes de la femme et dont la mortalité globale est de 3,4 %. Il est à noter que cette statistique comporte des cas extrêmement graves et beaucoup d'opérations d'urgence.

Elle comprend les interventions sur :

Fibromes	217 cas,	10 morts
Cancer	53 »	3 »
Kyste de l'ovaire	80 »	2 »
Annexite	207 »	7 »
Ovarite	91 »	0 »
φ génitale	17 »	1 »
Grossesse extra-utérine	35 »	1 »
Total.....	700	24

Opérations « sans drainage »

Fibromes	212 cas,	10 morts
Cancer	23 »	1 »
Kyste de l'ovaire	56 »	1 »
Ovarite	90 »	0 »
Annexite	116 »	1 »
φ génitale	4 »	0 »
Grossesse extra-utérine	25 »	1 »
Total.....	526 cas,	14 morts

donc 2,6 % de mortalité.

Opérations avec drainage abdominal

(drain Goldman)

Fibromes	2 cas,	0 mort
Cancer	8 "	1 "
Kyste de l'ovaire	17 "	0 "
Ovarite	1 "	0 "
Annexite	32 "	4 "
φ génitale	4 "	0 "
Grossesse extra-utérine	8 "	0 "

Total..... 72 cas, 5 morts
donc 6,9 % de mortalité

Opérations avec drainage abdominal

(« Mikulicz »)

Fibromes	0 cas,	0 mort
Cancer	5 "	0 "
Kyste de l'ovaire	5 "	1 "
Ovarite	0 "	0 "
Annexite	21 "	2 "
φ génitale	5 "	1 "
Grossesse extra-utérine	1 "	0 "

Total..... 37 cas, 4 morts
donc 10,8 % de mortalité

*Opérations abdominales avec cloisonnement du bassin
et drainage vaginal*

Fibromes	3 cas,	0 mort
Cancer	4 "	0 "
Kyste de l'ovaire	0 "	0 "
Ovarite	0 "	0 "

Annexite	19 »	0 »
φ génitale	4 »	0 »
Grossesse ectopique	1 »	0 »
Total.....	31 cas,	0 mort
	donc mortalité nulle	

Opérations avec drainage vaginal seulement

Fibromes	0 cas,	0 mort
Cancer	13 »	1 »
Kyste	2 »	0 »
Ovarite	0 »	0 »
Annexite	19 »	0 »
φ génitale	0 »	0 »
Grossesse ectopique	0 »	0 »
Total.....	34 cas,	1 mort
	donc 2,9 % de mortalité	

Que peut-on conclure de cette statistique au point de vue des avantages de tel ou tel mode de drainage ?

En ne considérant que le drainage abdominal on peut voir la mortalité s'accroître avec l'importance du drainage :

Sans drainage	— 2,6 %
Drain simple	— 6,9 %
« Mikulicz »	— 10,8 %

Mais il est difficile d'en déduire que tel mode de drainage est plus ou moins mauvais puisqu'il est évident que la gravité du cas est d'autant plus grande qu'on a employé un mode de drainage plus important. Les 10,8 %

de mortalité du « Mikulicz » tiennent non pas au mode de drainage mais à la gravité du cas qui en a justifié l'emploi.

Le même raisonnement s'applique au drainage avec le Goldman ainsi qu'aux opérations sans aucun drainage.

La seule comparaison importante est celle du « Mikulicz » avec le drainage vaginal après cloisonnement du bassin. Il est certain que ces deux variétés de drainage s'adressent à des cas de gravité équivalente comme par exemple : Cancer, annexites suppurées ; or il y a en faveur du cloisonnement du bassin avec drainage vaginal une mortalité nulle tandis que le « Mikulicz » donne 10,8 % de mortalité.

Nous pensons donc que quand les lésions sont limitées à la cavité pelvienne, en particulier dans les grosses annexites suppurées, la meilleure technique est peut-être l'hystérectomie totale avec cloisonnement du bassin et drainage vaginal. Mais il est évident que cette technique ne s'applique pas aux annexites unilatérales même suppurées pour lesquelles on veut conserver l'utérus. D'autre part le cloisonnement du bassin est impossible quand les lésions remontent trop haut, atteignant le grêle, le coecum, les parois des fosses iliaques comme c'est le cas d'un gros kyste de l'ovaire enflammé et adhérent, ou d'une tuberculose pelvienne, ou encore d'une annexite haute. Seul alors le « Mikulicz » est de mise possible et même indispensable.

Il ne faut donc pas conclure de la statistique que le « Mikulicz » donne 10,8 % de mortalité opératoire alors qu'avec d'autres moyens on a une mortalité inférieure.

Il faut conclure que 90 % de cas très graves ont pu être sauvés grâce au « Mikulicz ».

Pour illustrer ce qui a été dit dans ce travail au sujet de l'infection post-opératoire, des conséquences graves qu'il en résulte pour la malade, de la nécessité dans laquelle on se trouve de ce fait, de rouvrir le ventre et de recourir, souvent trop tard malheureusement, au drainage à la « Mikulicz », nous rapportons le compte rendu très résumé de l'opération suivante :

Annexite bilatérale suppurée et Fibrome, adhérences multiples dans le Douglas. On fait une hystérectomie abdominale totale. Hémostase et péritonisation soignées, quoique excessivement difficiles. Fermeture des parois sans drainage.

3 jours après une péritonite se déclare. On rouvre le ventre et on trouve un trématome suppuré dans le Douglas. On institue un drainage vaginal et un « Mikulicz » abdominal — ce qui n'empêche pas la malade de mourir.

Pour donner une notion exacte plus ou moins de la gravité du cas qui justifie l'emploi du « Mikulicz » nous citerons le cas suivant :

Annexite droite suppurée, très adhérente. Infiltration purulente du meso-colon pelvien. On enlève les annexes et la trompe droite seulement parce qu'on veut conserver l'utérus. On institue un drainage à la « Mikulicz ». La malade meurt.

Voici un cas qui, à notre avis, fait manifestement regretter que le « Mikulicz » n'ait pas été employé.

Annexite droite suppurée. Adhérences multiples. Se rompt au cours de l'opération. On enlève la trompe droite, on lave le bassin, on péritonise, on referme enfin l'abdomen.

2 jours après la température est à 40°, la malade meurt.

En voici encore un cas très significatif lui aussi :

Annexite bilatérale suppurée. Adhérences partout. On fait une hystérectomie totale. On déchire deux fois le grêle, une fois la vessie. On les suture soigneusement. Hémosthase et péritonisation. Drain Goldman. Mort.

Et enfin un troisième :

Annexite bilatérale suppurée, pelvi péritonite diffuse.

Intervention d'urgence. Hystérectomie totale. Drain Goldman. Mort.

Voici encore un cas parmi ceux qui réduisent à l'impuissance même le « Mikulicz », car il ne peut être plus question ici d'autres procédés chirurgicaux.

Tuberculose génitale adhérences telles qu'il a fallu réséquer la fin du grêle et faire une entero-anastomose. Infiltration caséuse du mesentère. On fait une hystérectomie totale. On pose un « Mikulicz ». Morte le même jour avec 42°.

Nous rapporterons enfin une série de cas, tous très graves, et dans lesquels le « Mikulicz » a opéré un véritable sauvetage :

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 1

Salpingite double suppurée, énorme abcès dans le Douglas. Hystérectomie abdominale totale. Lavage à la liqueur de Labarraque. Gros « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 2

Salpingite suppurée à droite, pus dans le Douglas. Ablation des annexes de ce côté. A gauche, trompe dilatée, congestionnée, très adhérente et infectée. On l'enlève. On cautérise un ovaire kystique et on conserve l'utérus. Toute péritonisation est impossible à cause de l'épanchement, de l'inflammation, des adhérences péritonéales. « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 3

Annexite droite, grossesse tubaire et hématoçèle pelvienne. On trouve l'épiploon cloisonnant le petit bassin et adhérent aux annexes droites. Résection de l'épiploon et libération d'une anse grêle adhérente au même niveau. Protection soignée de la cavité pelvienne, décollement des annexes droites — siège de l'hématoçèle — qui sont fortement adhérentes au fond du bassin à l'endroit où le vagin a été ouvert. On les enlève. On laisse les annexes gauches saines ainsi que l'utérus. « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 4

Annexite double. Adhérences avec les parois pelviennes à droite et à gauche. Pus à droite qui s'écoule lorsqu'on pratique le décollement. A gauche — gros ovaire très

enflammé, une trompe oblitérée, bosselée, très adhérente à l'ovaire — le tout formant une masse adhérente aux parois. Epiploon, très rouge et enflammé, adhère également aux annexes. Utérus petit, sain, bien isolé. Surface cruentée qui saigne sur la paroi pelvienne. Résection de l'épiploon. « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 5

Salpingite droite suppurée. Gros utérus, gros abcès prerectal. Paroi rectale dénudée par décollement de l'abcès. On protège avec soin la grande cavité contre le pus qui coule abondamment. Lavage à la liqueur de Labarraque. Hémostase « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 6

Double annexite suppurée. Masse grosse à droite avec ovaire infiltré de pus. Trompe très dilatée, contient un kyste sanguin. Le reste de la trompe est distendu par le pus. A gauche ovaire et trompe infiltrés également de pus. On enlève les annexes et on conserve l'utérus.

Le décollement des trompes est extrêmement difficile, notamment pour les décoller du colon pelvien. On sectionne les adhérences au bistouri pour ne pas ouvrir l'intestin. Large surface cruentée. Péritonisation des deux moignons des cornes utérines. Mikulicz. Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 7

Annexite suppurée droite. A droite, abcès gros comme une mandarine extrêmement adhérent aux parois. On

l'enlève. Péritonisation qui laisse cependant une surface cruentée assez importante et un suintement sanglant assez abondant. « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 8.

Pelvipéritonite tuberculeuse. Epiploon très enflammé adhérent à la vessie et protégeant les lésions pelviennes. On le sectionne de façon à mettre à nu le bassin. On trouve des masses gélatiniformes péritonéales, nombreuses adhérences entre l'intestin grêle, le colon et les organes du petit bassin. Les adhérences sont soigneusement libérées mais avec beaucoup de difficultés, surtout une anse solidement adhérente au Douglas.

Double annexite ancienne très adhérente au colon pelvien et à la vessie. Les annexes gauches se dissimulent sous le mesocolon pelvien et ne peuvent pas être détachées. On ouvre à droite un vieux foyer d'abcès entre la trompe, la vessie et les adhérences de l'épiploon à la vessie. Hystérectomie subtotale par le procédé américain de droite à gauche. Le péritoine est trop enflammé pour qu'après une hémostase soignée on ne laisse pas un « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 9.

Pelvipéritonite tuberculeuse. Très nombreuses adhérences laches entre les anses intestinales, le colon pelvien, le coecum, les organes génitaux. Annexite suppurée à droite, refroidie à gauche. Ablation des annexes droites et de la trompe gauche. Section des adhérences intesti-

nales. Quelques points d'enfouissement sur une anse grêle qu'on a dû disséquer au bistouri. « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 10

Cancer du col : ligature successive des pédicules utéro-ovarien et du ligament rond. A droite, ligature de l'hypogastrique, de l'utérine en dehors de l'uretère. Décollement facile. A gauche, manœuvre analogue, mais il existe une induration au niveau et en dedans de l'uretère que l'on doit libérer. Section des ligaments utéro-sacrés. Colpo-hystérectomie. Du côté gauche on passe au contact du tissu néoplasique. « Mikulicz ». Guérison.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 11

Cancer du col : Wertheim. Dissection complète des uretères. Section basse du vagin et fermeture de la tranche vaginale. Recouvrements des uretères par quelques lambeaux péritonéaux. « Mikulicz » dans le Douglas incomplètement péritonisé. Guérison sans accidents.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE N° 12

Double kyste de l'ovaire : énormes, adhérents au grêle, au colon, à l'épiploon, aux parois de la vessie, aux parois pelviennes. On agrandit l'incision jusqu'au dessus de l'ombilic. Ponction évacuatrice : plusieurs litres de liquide, l'un chocolat, l'autre verdâtre et fétide. Hystérectomie abdominale subtotale par le procédé américain de droite à gauche. Enorme surface cruentée. « Mikulicz » Guérison.

CONCLUSIONS

1. A la suite d'une opération sur l'abdomen et en particulier à la fin d'une opération sur les organes génitaux internes de la femme, on peut se comporter de la façon suivante :

- a) Fermeture complète sans drainage ;
- b) Fermeture complète, cloisonnement du bassin, drain vaginal ;
- c) Mikulicz abdominal.

2. On réservera le premier procédé aux opérations absolument aseptiques, permettant une hémostase parfaite et une péritonisation complète.

3. On réservera le deuxième procédé aux cas graves, souvent septiques, lorsque les lésions seront strictement limitées au petit bassin et nécessiteront une hystérectomie abdominale totale avec péritonisation difficile et incomplète.

4. On réservera le troisième procédé aux cas très graves, très septiques, avec lésions très étendues, haut situées et une péritonisation incomplète ou à l'aide d'une séreuse tant soit peu malade.

5. Pour avoir le maximum de sécurité qu'on est en droit de demander au « Mikulicz » on suivra à la lettre la technique du Professeur J.-L. Faure, dont voici les points principaux :

I. Pour obvier à la menace d'embolie, d'occlusion, d'hémorragie, de fistule, il faut tâcher d'isoler le sac du point menacé avec de l'épiploon ou d'une autre manière.

II. Il faut, en prenant cette précaution, disposer le sac d'une telle façon qu'il puisse conjurer la péritonite et la septicémie s'il n'a pas pu éviter l'accident qui en est responsable.

III. Il faut serrer le collet du sac d'une manière telle :
a) que l'orifice de l'ouverture abdominale ne soit pas trop grand, ce qui préviendra l'éventration s'il n'y a pas prédisposition à faire cet accident ; b) que le mécanisme du drainage n'en soit pas entravé.

IV. Il ne faut pas enlever le sac avant le 10^e ou le 12^e jour. L'indolence est alors absolue.

6. Les soins médicaux, pré et post-opératoires, donnés systématiquement, aideront efficacement l'organisme à juguler l'infection ou ses restes ; en particulier les injections continues de sérum, voire même les transfusions sanguines répétées ajouteront, dans les cas très graves, leurs bons effets à ceux du drainage à la Mikulicz.

7. Les interventions sur les organes intra-péritonéaux obéissent aux mêmes indications, sauf évidemment celle

du cloisonnement du bassin, car leur succès est également menacé par les mêmes accidents : l'infection, la fistule et l'hémorragie, dont les fâcheuses conséquences peuvent être conjurées par le drainage à la Mikulicz plus que par toute autre technique chirurgicale.

Vu : Le Président de Thèse,

J.-L. FAURE.

Vu : Le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE. — **Le drainage de l'abdomen par la méthode de Mikulicz.** Thèse de Paris, 1926.
- AUVRAY. — **A propos du « Mikulicz ».** Bulletin de la société Nationale de Chirurgie, 3 juillet 1926.
- BERGE (Ch.-Xav.-A.). — **Etude critique du drainage à la Mikulicz.** Thèse Bordeaux 26-27, n° 52.
- BOECKEL. — **Société de Chirurgie,** 1887.
- BRENANS. — **Etude clinique du drainage à la Mikulicz et ses inconvénients ; moyens de remédier à ces derniers.** Thèse de Lyon, 1893-94, n° 896.
- CHAPUT. — **Cloisonnement transversal du bassin.** Bulletin de la Société Anatomique. Paris 1894, page 746.
- FAURE (J. L.). — a) **Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,** 2 juillet 1919, p. 1019 à 1038. Discussion : Delbet, Quenu, J.-L. Faure, Savariaud, Victor Pauchet, Tuffier, Baudet, Rochard, Wiart, Reynier, Wartman.
- b) **Le drainage systématique à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin.** Société d'obstétrique et de gynécologie, séance du 10 décembre 1923.
- c) **Bulltin et Mémoire de la Société de Chirurgie.** 14 mai 1924, page 613. Discussion : Sur l'emploi systématique du drainage à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col.
- FAURMESTRAUX (de). — **L'hystérectomie large dans le cancer de l'utérus. Résultats techniques.** Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris. Séance du 8 juillet 1925, page 831.
- GUILLEMOT (Ch.-Aug.). — **Contribution à l'étude du drainage en gynécologie.** Thèse de Paris, 1913-1914, n° 80.

JUDET. — **De la péritonisation dans les laparatomies.** Thèse de Paris, 1902.

LEDOUX. — **Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage.** Thèse de Paris, 1924-25, n° 35.

LEPLAY et FABRE. — a) **Recherches sur le mécanisme de la défense du péritoine à l'égard des corps étrangers.** Bulletin de la Société de Biologie, 25 novembre 1911 et 6 décembre 1911.

LEPLAY et MAY. b) **Physiologie du Péritoine. Le grand épiploon.**

a) **Recherches sur l'absorption péritonéale.** Bulletin Soc. Biol., 29 juillet 1911.

b) **Etude de la résorption péritonéale à la suite de lésions de la séreuse.** Bul. Soc. Biol., 21 octobre 1911.

c) **Contribution à l'étude des voies d'absorption péritonéale.** Bull. Soc. Biol., 28 octobre 1911.

MADRID (Alberto). — **Pourquoi nous employons la technique du drainage à la Mikulicz de J.-L. Faure.** Presse Médicale n° 77, 26 septembre 1925, p. 1287.

NIEL. — **La technique du tamponnement à la Mikulicz.** Presse Médicale, n° 23, 21 mars 1925, p. 374.

JOUVE & C^{ie}, Imprimeurs-Editeurs, 15, Rue Racine, PARIS. — I.M.L.
